

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Par M^{me} Sophie BUQUET

(Née de STANKIEWICZ)

Née à Lausanne (Suisse), le 28 février 1898

LA PORADÉNITE

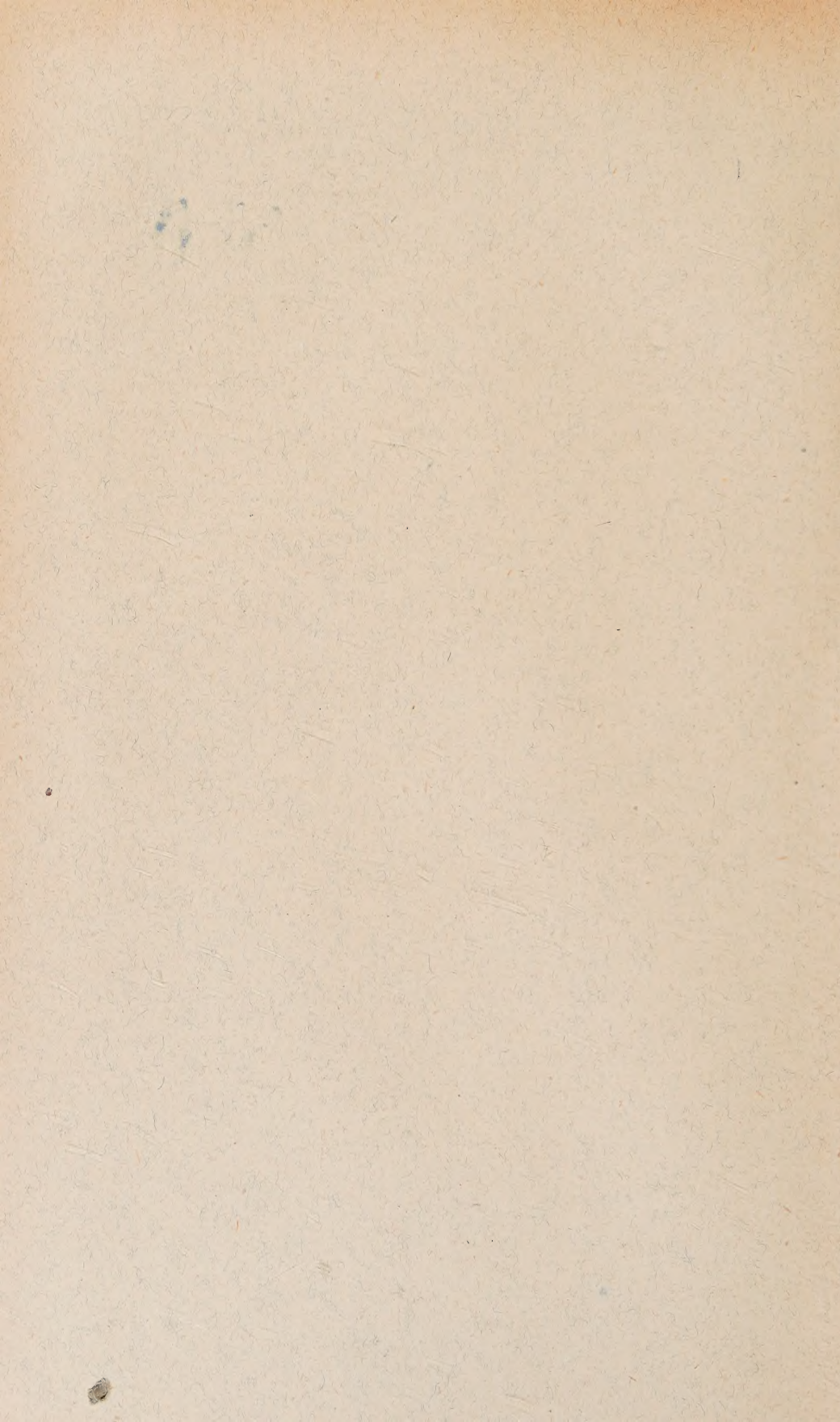
et son traitement

Président de thèse : M. DELBET, Professeur

Librairie M. LAC

26, rue Monsieur-le-Prince, PARIS (VI^e)

1928



LA PORADÉNITE
et son traitement



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Par M^{me} Sophie BUQUET

(Née de STANKIEWICZ)

Née à Lausanne (Suisse), le 28 février 1898

LA PORADÉNITE

et son traitement

Président de thèse : M. DELBET, Professeur

Librairie M. LAC

26, rue Monsieur-le-Prince, PARIS (VI^e)

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale	ROUVIÈRE.
Physiologie	CUNÉO.
Physique médicale	H. ROGER.
Chimie organique et chimie générale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEMIERRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	Marcel LABBÉ.
Pathologie chirurgicale	SICARD.
Anatomie pathologique	LECÈNE.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène	LØPER.
Médecine légale	Léon BERNARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	MÉNÉTRIÉR.
	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.
	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE . .	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale
GATELLIER	Pathologie chirurgicale
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER . . .	Urologie.

MM.

HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri) . . .	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX	Anatomie pathologique
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
DEMELIN	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

RETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	MM.
ALGLAVE Clinique chirurgicale.	LÉRI Clinique médicale.
AUVRAY Clinique chirurgicale.	MOCQUOT Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.	PROUST Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .. Clinique médicale.	SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
LE LORIER ... Clinique obstétricale.	VILLARET Clinique médicale.
LEREBoullet Clinique médicale in- fantile.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE , agrégé..	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*A qui je dois le meilleur de
moi-même.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Que nos maîtres veuillent bien accepter, au moment de les quitter, nos remerciements émus.

Que M. le professeur DELBET, qui nous a fait le grand honneur de nous permettre de rédiger ce modeste travail et d'accepter la présidence de cette thèse, reçoive l'hommage de notre profonde gratitude. Que MM. GODART et OBERTHUR, qui nous en ont fourni les éléments les plus précieux, acceptent notre respectueuse et entière reconnaissance.

M. le professeur LEGUEU a été pour nous plus qu'un maître incomparable; en de très fréquentes circonstances, il a prodigué sans compter, à notre famille et à nous-même, ses soins et son appui. Notre gratitude émue ne sera jamais assez profonde pour le remercier d'une bienveillance dont nous connaissons tout le prix.

Que M. THOMAS, le plus éminent des maîtres en neurologie, veuille bien croire à notre entier dévouement et que M. JUMENTIE, qui en aucune circonstance n'a cessé de nous aider, accepte notre entière reconnaissance pour son inépuisable bonté.

M. le professeur MATHIEU nous a donné, ainsi qu'à notre famille, une marque insigne de sa grande bienveillance; nous le prions d'accepter le témoignage de notre sincère gratitude.

Nous sommes heureux de nous dire élève de M. le docteur MAY qui, en nous faisant faire les premiers pas en clinique dans le service de M. le professeur WIDAL, nous a donné des enseignements ineffaçables.

Nous devons toute notre reconnaissance à M. le professeur MAUCLAIRE, qui nous enseigna les principes fondamentaux de la clinique chirurgicale.

Nous remercions bien vivement les docteurs PARMENTIER et THIROLOIX, qui ont été d'excellents maîtres.

Et nous tenons encore à rendre hommage au docteur BERGE, si remarquable clinicien, et à M. le professeur BROCA, qui nous apprit, par son exemple, à garder haute la conscience professionnelle.

LA PORADÉNITE

et son traitement

INTRODUCTION

Nous avons utilisé, pour rédiger le présent travail, onze observations de malades atteints de poradénite et soignés dans le service du professeur DELBET.

L'étude de nos malades nous a montré que la symptomatologie de la poradénite est très particulière, que son diagnostic est facile, mais surtout elle nous a convaincu du progrès important apporté par le professeur DELBET dans le traitement de cette affection; traitée médicalement, son évolution se révèle d'une désespérante lenteur.

Le traitement chirurgical seul, pour être efficace, suppose une exérèse complète qui n'est pas toujours possible et entraîne à des délabrements dont la cicatrisation est assez lente à obtenir.

La méthode du professeur DELBET comprend un premier temps d'exérèse, puis une vaccination par la pulpe ganglionnaire du malade lui-même; l'exérèse n'a pas besoin d'être complète et a pour but principal de permettre la préparation de cet auto-vaccin. Les malades soignés par cette méthode ont tous guéris dans des délais extraordinairement rapides.

HISTORIQUE

La lymphogranulomatose inguinale subaiguë est d'acquisition récente. C'est en 1913, après la remarquable étude qu'en firent NICOLAS et FAVRE, que cette affection a pris sa place en pathologie.

Cette adénopathie très particulière n'avait cependant pas échappé à l'observation des anciens auteurs. Pressentie par CHASSAIGNAC, VELPEAU, TROUSSEAU, elle fut isolée, dès 1890, du groupe des adénites inguinales par NELATON, sous le nom « d'adénite subaiguë simple à foyers purulents intraganglionnaires », qui ne préjuge aucunement de sa nature et définit bien ses caractères cliniques et anatomiques.

LEJARS, en 1892, décrit le « Bubon strumeux de l'aîne » ; il soutient sa nature tuberculeuse, ainsi que son élève L'HARDY.

A l'étranger, TILLMANN, sur 85 cas d'adénites, en rencontre 19 de cause inconnue.

En 1895, BRAULT d'Alger, étudie le bubon froid d'origine banale, ou adénite inguino-crurale d'origine infectieuse banale.

En 1897, LEJARS consacre une nouvelle étude à l'adénite subaiguë simple et chronique.

IMBERT, de Marseille, soutient les mêmes idées dans la thèse de DUGAS.

BRAULT d'Alger, et son élève CHAVANNES, en 1902, l'as-

similent au bubon climatérique, à cause de l'identité de l'anatomie pathologique des deux maladies.

En 1901, MARION et GANDY avaient déjà mis en lumière cette anatomie pathologique, mais ils concluent que l'adénite subaiguë à foyers purulents intraganglionnaires *prétendue simple* est d'origine tuberculeuse, ne tenant aucun compte de l'absence répétée du bacille de Koch et de l'impossibilité de tuberculiser le cobaye avec le pus de ces adénites. Tous les travaux postérieurs ont prouvé leur erreur.

En 1908, PIGEON et TANTON isolent du streptocoque et du bacillus fluorescens, mais ils ne les incriminent pas formellement comme agent pathogène causal.

En 1913, NICOLAS et FAVRE, par la remarquable étude qu'ils en ont faite, faisaient leur cette maladie. Depuis lors, l'école lyonnaise s'y intéressa vivement, comme en témoignent les thèses de GATE, 1913, celle de PHYLACTOS, 1922, toutes deux inspirées par NICOLAS et FAVRE, et les nombreuses publications très documentées de ces auteurs.

L. BORY, à Paris, l'étudie à plusieurs reprises.

M. RAVAUT s'est aussi occupé de la question; nous discuterons ses conclusions au cours de notre travail.

Enfin, c'est M. N. FIESSINGER qui lui a donné le nom de poradénite, dénomination que nous adoptons, parce qu'elle nous semble être la meilleure de celles qui ont été proposées jusqu'à ce jour.

DESCRIPTION CLINIQUE

ÉTIOLOGIE. — Suivant NICOLAS et FAVRE, l'incubation de cette affection serait de dix à quinze jours. Chez tous nos malades elle semble plus courte, mais on ne pourra être affirmatif à ce sujet, que lorsqu'on pourra reproduire expérimentalement la maladie.

Elle est d'origine vénérienne, les malades accusent souvent des coïts suspects dans les jours qui ont précédé l'apparition de l'adénite. Un seul nous a affirmé être resté longtemps continent avant le début de sa maladie (obs. 5).

Elle frappe plus souvent l'homme que la femme, celle-ci paraissant plus résistante aux infections ganglionnaires (10 hommes pour 1 femme). Elle les atteint surtout entre 20 et 35 ans, à l'époque de l'activité génitale. Nous avons pourtant observé la poradénite chez un homme de 63 ans.

Sa nature contagieuse semblerait prouvée par les cas de contamination conjugale, signalés par NICOLAS et FAVRE.

DÉBUT. — Le début est presque toujours insidieux (huit cas sur dix). Il est marqué par l'apparition, à l'une ou l'autre aine (7 fois à gauche, 1 fois à droite), quelquefois aux deux (2 bilatérales), d'une tuméfaction parfois indolore, mais le plus souvent douloureuse. Pour les uns, c'est une impression de pesanteur gênant la marche et

l'effort, pour d'autres, ce sont de véritables douleurs accompagnées de phénomènes généraux accusés.

Le début peut être marqué par des phénomènes généraux : fièvre, frissons, anorexie; le diagnostic erre, lorsqu'apparaissent, le lendemain ou les jours suivants, la tuméfaction et la douleur inguinale qui orientent le clinicien (obs. 5). Le début brusque, plus rare, est possible : un de nos malades (obs. 8) découvrit son adénite à la suite d'une syncope dans le métro.

Cette tuméfaction met un temps très variable à se développer, tantôt quelques jours, le plus souvent trois semaines, un mois, le malade ne venant consulter qu'à cette époque.

Mais le siège de la tuméfaction ganglionnaire est toujours très spécial : ce sont les ganglions du groupe supéro-interne du triangle de Scarpa, ceux situés au-devant du pubis, recevant tous leurs afférents de la sphère génitale, qui sont pris les premiers. Ce n'est pas là le siège ordinaire des adénites tuberculeuses et cette localisation doit donner l'éveil.

Lorsque les deux aines sont atteintes, chacune des tuméfactions évolue pour son propre compte, le développement de l'une semblant toujours en retard sur celui de l'autre. Dans deux de nos observations (7 et 9), l'adénopathie droite était même passée inaperçue de nos malades. La peau est d'aspect normal, mais déjà à cette période l'adénopathie n'est pas limitée à l'aine; on peut sentir profondé-

ment, dans la fosse iliaque, des ganglions durs roulant sous le doigt.

La localisation publienne de cette adénite doit faire rechercher une porte d'entrée du côté des organes génitaux. La plupart de nos malades n'ont rien remarqué d'anormal sur la verge; sans doute ils s'observaient peu, une érosion minime pouvait passer facilement inaperçue. En tous cas, ils nous arrivaient guéris.

Les médecins, plus heureux, ont pu décrire sur la verge, dans le sillon balano-préputial, sur la fourchette chez la femme, des érosions semblables à des vésicules d'herpès, des exulcérations grosses comme des lentilles, régulières ou irrégulières, à bords décollés, reposant sur une base légèrement indurée, enfin des papules. Ces lésions peuvent suinter légèrement ou rester sèches, mais la cicatrisation spontanée est toujours précoce et, presque toujours, l'érosion est unique. Ces petites ulcérations seraient contagieuses; des cas de contagion conjugale ont été observés.

PÉRIODE D'ÉTAT. — Une fois apparue, l'adénopathie progresse rapidement, les ganglions les plus proches sont envahis et les petits ganglions durs, légèrement douloureux à la pression, augmentent de volume, confluent bientôt en une masse bosselée, lobulée, irrégulière, variant de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf. Pour atteindre sa dimension maxima, elle met un temps très variable; chez l'un, au bout d'un mois, elle est de la dimension

d'une noisette, chez l'autre, elle sera grosse comme un œuf ou une orange; ces dimensions nous paraissent les plus habituelles. On se rend compte par la palpation que la masse est formée de plusieurs ganglions, de nombreux ganglions même, qui donnent à la tumeur sa forme bosselée.

Déjà existe une réaction inflammatoire du tissu cellulaire périganglionnaire; les ganglions sont peu mobilisables sur les plans profonds, la peau de la région inguinale est moins mobile que du côté opposé, elle ne se laisse plus pincer aussi facilement. Certains ganglions sont seulement sensibles à la pression, d'autres sont vraiment douloureux et il existe déjà de petits abcès intra-ganglionnaires, ainsi qu'en témoignent les opérations pratiquées à cette période.

La suppuration constitue en effet l'évolution naturelle de l'affection; elle se produit au bout d'un temps variable; le plus souvent, le premier abcès apparaît au bout de trois à six semaines. En une zone assez limitée, la peau rougit, s'amincit, devient chaude; la palpation permet de reconnaître une petite collection fluctuante, à centre mou dépressible, aux bords indurés. Cet abcès est subaigu; il met, en général, une huitaine de jours à s'ouvrir à l'extérieur. Il s'écoule alors de quelques gouttes à quelques cm³ de pus jaune-verdâtre, assez pâle, bien lié, épais et visqueux, sans odeur. En quelques jours, le pus se modifie : il devient séreux, gluant, semblable à du sucre d'orge liquide.

La fistule qui a fait suite à l'abcès présente des bords

rouges et indurés; elle continue fort longtemps à laisser sourdre de la sérosité et se tarit à la longue.

Mais en même temps qu'évolue ce foyer purulent, d'autres surgissent à côté; chaque ganglion évolue pour son compte, se ramollit et s'ouvre à l'extérieur, c'est là une caractéristique de la poradénite et un élément de diagnostic avec l'adénite tuberculeuse : jamais la masse ganglionnaire ne se ramollit dans sa totalité, ne présente de véritable fonte; les abcès sont multiples, successifs, toujours de petites dimensions.

L'aspect général de la région est alors typique : elle est tuméfiée et déformée, surtout dans sa partie interne, au-devant du pubis, en dedans des vaisseaux. Il existe là des fistules multiples qu'il est classique de comparer aux orifices d'une pomme d'arrosoir. La palpation montre l'existence d'une masse irrégulière, mal limitée, adhérent aux plans profonds et aux vaisseaux. Les autres ganglions du triangle de Scarpa sont augmentés de volume, sensibles, mais encore mobiles.

Nous avons constamment trouvé un paquet ganglionnaire iliaque rétrocrural interne, du volume d'un œuf ou même du volume du poing, bosselé, dur, fixé par la périadénite et douloureux à la palpation. Cette atteinte des ganglions iliaques semble avoir échappé à l'observation de beaucoup d'auteurs. Ces ganglions resteraient durs, ligneux, pendant toute l'évolution de la maladie, mais ne suppureraient jamais. Cette notion est certainement erro-

née : un de nos malades (obs. 5) présentait une adénite iliaque gauche, fistuleuse, en même temps qu'une double tuméfaction inguinale et un ganglion iliaque droit, ferme et sensible.

Pas de signes généraux : la température est normale, les petites élévations thermiques sont liées à des infections secondaires et à des poussées de rétention. L'état général est bon; *la poradénite est une maladie locale.*

On a bien signalé l'envahissement des ganglions cervicaux et épitrochléens, ces adénopathies à distance ne suppurant jamais. Nous ne les avons pas observées. Nous n'avons pas noté l'augmentation de volume du foie et de la rate qu'a remarqué M. RAVAUT.

Tous nos malades étaient indemnes de tuberculose et ils ont été systématiquement examinés dans le service du docteur PISSAY. Aucun ne présentait de lésions pleuro-pulmonaires.

ÉVOLUTION. — Si la poradénite est une affection locale bénigne, ne mettant en aucun cas la vie des malades en danger, elle présente une évolution d'une lenteur désespérante ; l'affection, arrivée au stade fistuleux, est devenue chronique. Quand une fistule se tarit, un autre abcès se forme dans un ganglion voisin et évolue lentement à son tour. Pendant des mois, les malades sont arrêtés dans leurs occupations et astreints à des pansements réguliers; la maladie finit pourtant par guérir. Les foyers purulents

s'éteignent au bout de 5, 6 mois, même davantage. Longtemps encore, la région inguinale est le siège d'une infiltration fibreuse, dure, avec des épaissements correspondant aux anciens trajets fistuleux.

Bien que nous n'ayons jamais observé ces accidents chez nos malades, la poradénite peut présenter des *rechutes*, qui sont marquées par des phénomènes généraux assez importants : fièvre, frissons, céphalée, et une reprise des phénomènes locaux. Mais ces poussées évolutives sont toujours brèves et bénignes. Elles durent au plus une semaine.

Aucune complication n'a été décrite; seul, M. RAVAUT a observé tout récemment, dans son service, un cas d'iritis dont on n'a pu déterminer la nature et il s'est demandé si cette iritis à guérison spontanée n'aurait pas de rapport avec la poradénite que présentait sa malade.

DURÉE. — Quoi qu'il en soit, dans les services de dermatologie où nous avons pu mener notre enquête, nous avons pu voir que les malades faisaient de longs séjours à l'hôpital et en sortaient incomplètement guéris. Des délais de six mois et même davantage sont d'observation courante ; les guérisons les plus rapides demandent au moins deux mois et ces cas sont les plus rares.

De toute façon, la région inguinale reste meurtrie et des cicatrices inesthétiques témoignent de la longueur de l'affection.

ANATOMIE - PATHOLOGIQUE

A. — EXAMEN DU CHANCRE

L'excision de l'ulcération, porte d'entrée de l'affection, montre une érosion toute superficielle. L'épiderme a disparu, le tissu cellulaire sain se termine nettement au niveau de la périphérie de l'ulcération. Cette bordure est formée de plusieurs assises conjonctives. Le derme est envahi par des cellules inflammatoires et lymphoïdes, mais, fait caractéristique, il n'y a ni polynucléaires, ni globules de pus.

Profondément au-dessous de la zone inflammatoire est un petit abcès de forme aplatie, fissuraire ou irrégulière, semblable à une lumière lymphatique abcédée et contenant du pus semblable à celui des ganglions.

B. — EXAMEN DES GANGLIONS

1) EXAMEN MACROSCOPIQUE. — Nous ne pouvons que souscrire aux descriptions de nos prédécesseurs.

Les ganglions enlevés chirurgicalement ont un aspect typique : c'est un bloc de ganglions congestionnés, violacés ou lie de vin; ils adhèrent aux plans profonds dans toute leur étendue ou par un pédicule plus ou moins large

de tissu fibreux sclérosé, ou bien encore sont fusionnés par une gangue de périadénite. Sur ces ganglions apparaît assez souvent un piqueté de points jaunâtres, ébauche des futurs abcès. Plus tardivement, les ganglions sont farcis d'îlots jaunâtres, mal limités, non énucléables. gros comme un grain de mil ou un petit pois, juxtaposés ou confluant en guêpier. Le pus qui sourd à la coupe de ces ganglions est très spécial ; nous le décrirons plus loin. Jamais il n'y a fonte purulente totale du ganglion comme dans l'adénite banale suppurée ou dans l'adénite chancrelleuse. Les grands foyers, secs, opaques, jaunâtres de caséification, les nodules calcifiés de la tuberculose n'existent pas non plus.

L'examen microscopique révèle une lésion typique élémentaire : *l'abcès ganglionnaire*.

Notons la remarquable intensité du processus de périadénite avec parfois des foyers hémorragiques.

2) EXAMEN MICROSCOPIQUE. — a) *A faible grossissement* : l'architecture ganglionnaire est transformée. Des modifications, lésions banales de périadénite, épaississement de la capsule et des travées du ganglion, sont plus marquées dans la substance médullaire que dans la substance corticale. Il y a tendance à l'hyperplasie de la plupart des éléments fixes du ganglion.

Notons, à côté des éléments du tissu conjonctif jeune en réaction, la constance et l'importance des lésions vascu-

lares. L'atteinte, dès le début, porte sur la tunique interne des vaisseaux et aboutit à leur atrésie, souvent à leur oblitération.

Dans le parenchyme sont disséminées des formations spéciales : les gommès, les abcès stellaires ou fissuraires, les foyers épithéloïdes et les cellules géantes.

b) *A fort grossissement* : du tissu inflammatoire s'est substitué au parenchyme lymphoïde du ganglion. On y trouve des éléments très polymorphes, des cellules lymphoïdes, des mononucléaires moyens, des cellules fixes du tissu conjonctif, des plasmazellen, de grandes cellules mononucléées, provenant de la transformation cellulaire des éléments du réticulum, des leucocytes polynucléaires neutrophiles et éosinophiles, des cellules à granulations basophiles, des cellules géantes. On trouve parmi ces éléments les formations spéciales mentionnées plus haut :

La gomme. Elles sont réparties en nombre variable dans les ganglions. Alors que la gomme syphilitique présente un centre dégénératif, finement granuleux, entouré d'un tissu conjonctif de sclérose, la gomme de poradénite a ce noyau dégénératif finement granuleux, mais il est entouré d'un revêtement épithéloïde composé de plusieurs assises de cellules polygonales, allongées suivant le rayon de la gomme; parmi elles on trouve souvent des cellules géantes.

Un même ganglion présente des gommès à tous les stades intermédiaires. La transformation s'annonce d'ailleurs par le passage à travers la bordure épithéloïde d'éléments cellu-

lares d'abord peu nombreux pénétrant la masse centrale homogène. Les cellules se multiplient, font disparaître la bordure et forment :

L'abcès stellaire ou fissuraire : le manteau des éléments épithélioïdes très aminci, réduit quelquefois à une simple couche de cellules acidophiles arrondies, subit à ce stade la fonte purulente, comme la gomme dont il provient. L'abcès est petit, mais plus irrégulier.

Foyers épithélioïdes : quelques foyers sont disséminés dans le parenchyme ganglionnaire, mais on ne trouve jamais la réaction monomorphe de la tuberculose.

Cellules géantes : elles sont réparties en nombre variable dans les bordures épithélioïdes ou les amas épithélioïdes. Elles ressemblent soit à des cellules de Langhans, soit à des cellules plasmodiales.

EXAMEN DU PUS. — Il a été très bien étudié par MARION et GANDY.

Le pus retiré par ponction des ganglions présente des caractères bien spéciaux et constants :

Il est pâle, blanc-jaunâtre ou verdâtre, assez épais et surtout collant et visqueux, extrêmement glutineux ; on éprouve une grande difficulté à en débarrasser la pointe des pipettes ; de plus, il est inodore.

A l'examen cytologique, on trouve des mononucléaires soit colorés, soit d'apparence granuleuse, peu de lymphocytes, d'abondantes granulations de chromatine de toute

taille, souvent arrondies, des éléments vésiculeux sans structure apparente, des cellules claires à un ou plusieurs noyaux, des polynucléaires.

De plus, dans les abcès, il y a des poly et des mononucléaires provenant du revêtement épithélioïde de la paroi, des macrophages, des amas chromatiques d'origine nucléaire, des cellules en pycnose, Enfin, caractère essentiel : ce pus est *amicrobien*.

Pas plus que nos prédécesseurs, nous n'avons pu découvrir l'agent pathogène causal. Nos inoculations au cobaye ont toujours été négatives; nos recherches directes sans succès et nos cultures stériles.

HÉMATOLOGIE. — Nous n'avons jamais examiné la formule sanguine de nos malades; nous n'avons pas lu alors les publications de M. RAVAUT, qui a signalé des modifications de cette formule. Deux phénomènes, d'après lui, prédomineraient : la leucocytose, d'une part, et, de l'autre, l'abondance des formes de transition.

M. RAVAUT aurait retrouvé ces modifications chez des malades présentant des adénites cervicales à étiologie inconnue.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est difficile, sinon impossible à la période initiale, celle du chancre, où d'ailleurs les malades viennent rarement consulter.

A la deuxième période, il se pose avec les adénites inguinales :

1) Avec l'adénite herpétique. Celle-ci est une polyadénite plus ou moins douloureuse, qui ne suppure jamais et est rapidement résolutive. D'ailleurs, l'herpès génital, souvent récidivant, est très facile à reconnaître, érosions multiples, polycycliques, fugaces.

2) Avec les adénites à pyogènes banaux : la porte d'entrée est facile à trouver : c'est une plaie infectée, un furoncle, etc. Les phénomènes généraux sont bien plus accusés. La douleur est vive; le ou les ganglions sont ramollis dans toute la masse. Le pus est franc, caractéristique du microbe en cause. On peut d'ailleurs, par un examen bactériologique très simple, les reconnaître sûrement.

3) Avec l'adénite chancrelleuse. Facile à reconnaître. Il y a souvent coexistence de plusieurs chancres, sa facilité d'inoculation, les malades s'infectant facilement eux-mêmes, le phagédénisme des lésions, le chancre est grand, difficile à soigner, douloureux. Le pus est mal lié, sanieux

et, à l'examen, on reconnaît très facilement le bacille de Ducrey. L'auto-inoculation du chancre est caractéristique.

4) Avec les adénites syphilitiques :

a) Avec l'adénite primaire. Elle peut quelquefois prêter à erreur, mais durant peu de temps, puisqu'elle ne suppure jamais. Ses caractères spéciaux : les ganglions sont multiples, isolés, mobiles, sans périadénite, indolents, durs, enfin le chancre avec son évolution classique, peuvent aider au diagnostic.

On a cependant signalé la coexistence des deux affections, mais il a été facile de les différencier et les reconnaître toutes deux, chacune ayant évolué pour son propre compte, avec ses caractères distincts.

b) L'adénite de la période secondaire ne peut être confondue.

c) La syphilis ganglionnaire tertiaire avec ses caractères (elle est dure, indolente, mobile) est fort rare; il faudra cependant y penser : rechercher tous les symptômes de spécificité et s'aider des réactions sérologiques habituelles. Notons, d'ailleurs, qu'un ancien spécifique peut parfaitement être atteint de poradénite. Un de nos malades, ancien syphilitique, constatant sa tuméfaction ganglionnaire, a commencé un traitement qui s'est montré inefficace.

5) Avec l'adénite tuberculeuse. C'est le diagnostic le plus important, car l'adénite bacillaire est plus fréquente que la poradénite. Le siège de l'adénite est central, son

début est tout à fait chronique, les malades ont eu des mois et même des années « de petites boules » aux aines; il s'écoule des mois avant que les ganglions n'arrivent au stade de suppuration. On ne trouve jamais de porte d'entrée. Les ganglions, d'abord isolés, durs, roulant sous le doigt, puis entourés de périadénite, deviennent confluents, mais le ramollissement se fait en masse. Il se forme un abcès froid aux dépens de tout le ganglion qui, très longtemps après, se fistulise. Le pus qui en découle est caséeux, grumeleux mal lié, jaunâtre. Souvent, on est mis sur la voie par la connaissance des antécédents soit personnels, soit héréditaires des malades, par l'habitus extérieur du malade ou par des lésions manifestement tuberculeuses concomitantes (examen de l'appareil pleuro-pulmonaire).

Nous avons toujours fait examiner systématiquement nos malades atteints de poradénite dans le service de M. le docteur PISSAVY. Ils étaient tous indemnes de tuberculose.

Il est d'ailleurs toujours possible de trancher le diagnostic par une biopsie. L'inoculation au cobaye sera, si elle est positive, un moyen catégorique de diagnostic.

6) Il est entendu que nous n'envisageons pas ici le diagnostic des adénopathies néoplasiques ou leucémiques, ou de la maladie de Hodgkin, qui ne se posent pour ainsi dire jamais à l'esprit du clinicien.

Au total, diagnostic le plus souvent aisé, d'une affection qui est loin d'être exceptionnelle.

TRAITEMENT

La poradénite est une affection bénigne et cependant les difficultés et les déboires de son traitement la font redouter à bon droit de beaucoup. Nous espérons apporter ici, en faisant connaître la méthode imaginée dès 1923 par M. le professeur DELBET, le moyen de réaliser des cures rapides et complètes, satisfaisant le malade et le clinicien.

Divers traitements ont été essayés :

Le traitement médical. — Certains auteurs ont voulu éviter l'acte chirurgical aux malades.

L. BORY, ayant obtenu une guérison par l'injection répétée deux ou trois fois d'une petite quantité d'huile xylo-iodoformée et la cautérisation ignée du chancre lympho-granulomateux, a préconisé ce traitement et recommande d'en faire bénéficier les malades avant toute opération.

M. RAVAUT, partisan du traitement médical et médical seul, a essayé diverses méthodes.

L'examen au microscope du pus d'un de ses malades lui fit penser que la poradénite était peut-être d'origine amibienne, et il commença pour ses malades un traitement antidyssentérique. Il fit alors des injections d'émétine à la

dose de 6 à 8 cgr, par jour, sans dépasser une dose totale de 1 gr., l'émétine étant toxique. Les résultats heureux de ce premier cas ne se confirmèrent pas par la suite. Malgré la guérison d'un malade de MM. DUFOUR et FERRIER, grâce à dix-sept injections de chlorhydrate d'émétine auxquelles on associa pendant un mois per os 50 à 80 gouttes de teinture d'iode dans du lait, M. RAVAUT accorda alors sa préférence aux iodures.

Il ne renonça pas entièrement à l'émétine, mais il fit des injections intra-veineuses quotidiennes de 5 à 10 cc. de la solution :

Iode métallique	10 gr.
Iodure de potassium	20 gr.
Eau distillée	1.000 gr.

Mais l'injection est souvent douloureuse et, *fait grave*, il se produit très rapidement (après dix injections souvent) une oblitération des veines due à la causticité du lugol.

Les malades n'étant pas guéris, il leur donnait alors le lugol per os à la dose de 40 à 100 cc. par jour dans du lait froid ou de la bière et il injectait, après ponction, du lugol dans les abcès. Ses malades ne guérissaient toujours qu'après un temps très long.

M. RAVAUT a aujourd'hui légèrement modifié sa méthode. Il fait à ses malades du lugol associé à la caféine, puis, après dix injections; il donne le lugol per os, qu'il associe à des piqûres d'émétique. Même ainsi, cette

méthode de traitement nous a semblé donner des résultats inconstants et elle oblige les patients à un long séjour à l'hôpital.

Le traitement radiothérapique. — C'est assurément une des meilleures façons de traiter la poradénite jusqu'à ce jour. NICOLAS et FAVRE, à Lyon, ont signalé, dès 1921, les bons résultats qu'on obtient dans les formes non ouvertes.

Dans les formes fistulisées, ces résultats sont souvent incomplets, il persiste des infiltrations dures et des fistules intarissables qui nécessitent facilement une intervention; on a trouvé alors des réactions scléreuses étendues, rendant difficile l'exérèse chirurgicale.

M. GIRAUDOT, qui traite tous les malades atteints de poradénite dans le service du professeur JEANSELME, nous a pleinement confirmé cette opinion, et il fait une différence absolue entre les résultats que la radiothérapie donne dans les poradénites fistulées ou non.

Le traitement physiothérapique. — Plus récemment, on a essayé les rayons ultra-violets. Sur trois malades du service de M. LORTAT-JACOB, ainsi traités, M. ROBERTIE, chef de clinique, nous signale une guérison. Les cures solaires n'auraient pas été plus efficaces, sauf pour un cas.

Tous ces traitements semblent donc d'une efficacité très douteuse; le délai de guérison est toujours très long et, en tous cas, aucun de ces traitements ne donne de guérison constante. Ajoutons d'ailleurs que la maladie, si longue

soit-elle, est capable de guérir spontanément, mais au bout d'un temps extrêmement long. Les plus favorisés de nos malades souffraient déjà depuis un mois, un mois et demi, de leur affection, lorsqu'ils sont venus se faire traiter, et l'un d'eux (obs. 5) était cloué au lit depuis cinq mois.

Seule la radiothérapie semble donner de bons résultats au début de l'adénite; dès que celle-ci est fistulisée, ou même dès que les ganglions sont abcédés (la suppuration peut être très précoce, témoin l'obs. 8 où les ganglions contenaient du pus en moins d'une semaine) la radiothérapie échoue.

Or, tous les malades présentaient des abcès intra-ganglionnaires (à la coupe, une goutte de pus s'échappait des ganglions), d'autres des abcès en imminence de fistulisation, d'autres des fistules (obs. 9, obs. 5 où la fistule venait de la fosse iliaque).

Il reste donc le *traitement chirurgical*, auquel bien des auteurs ont été forcés de recourir en désespoir de cause.

Deux genres d'opérations sont possibles :

a) Un curetage, réalisant une exérèse seulement partielle, consistant à ouvrir tous les foyers purulents, à débri-der les fistules et les véritables clapiers existant en général à la période où le malade est confié aux soins du chirurgien et à cureter toutes ces lésions, puis à attoucher la plaie avec des antiseptiques et à la panser à plat.

b) L'extirpation complète du paquet ganglionnaire. Les anciens auteurs pratiquaient plus volontiers un curetage

qu'une exérèse complète, qui leur paraissait aléatoire, étant donné la septicité du milieu, infecté secondairement le plus souvent, et les adhérences des ganglions aux vaisseaux. Les résultats obtenus étaient favorables mais fort lents.

La plupart des chirurgiens actuels préfèrent pratiquer l'ablation en masse des ganglions atteints, en circonscrivant abcès et fistules par l'ablation d'un lambeau cutané, plus ou moins grand. Cette exérèse totale a été défendue par BRAULT, CHAVANNE, IMBERT, DUGAS, GATE.

Quels résultats donnent ces interventions radicales dans la poradénite?

Une lymphorrhée abondante se produit toujours dans les jours qui suivent l'opération, elle exige un drainage systématique; la réunion per primam est l'exception; le fond de la plaie bourgeonne et comble la solution de continuité progressivement.

La cicatrisation s'obtient donc presque toujours par seconde intention en 2 mois en moyenne et laisse une cicatrice fibreuse, rétractée et peu esthétique. Lors de perte de substance importante on a conseillé l'immobilisation de la cuisse en flexion pour permettre une restauration meilleure et, dans certains cas de cicatrisation traînante, l'on a procédé à des greffes et à des autoplasties.

Le traitement chirurgical ainsi compris permet d'obtenir la guérison beaucoup plus rapidement que les différents traitements médicaux que nous avons envisagés et n'occasionne pas de risques sérieux; la crainte de blesser les vais-

seaux fémoraux ne nous paraît pas légitime, mais il est certain que lorsqu'on dissèque de près la veine fémorale, on peut occasionner une thrombose : un de nos malades fit ainsi une phlébite profonde, quelques jours après l'opération, sans gravité d'ailleurs et éphémère. Nous n'avons jamais observé après l'intervention d'éléphantiasis du membre inférieur.

Le traitement chirurgical était donc jusqu'à présent le meilleur traitement à opposer à la poradénite. LERICHE, dans le traité de chirurgie, écrit :

« ...L'ablation en masse des ganglions souvent suivie d'une lymphorrhée abondante, exigeant un drainage systématique de la plaie, donne des résultats constants et amène une guérison définitive... »

Et plus loin :

« ...Jusqu'à nouvel ordre, l'ablation demeure le traitement de choix; il n'y a pas de récurrence, *si elle a été complète.* »

Mais la difficulté est de la faire complète, car il y a toujours des ganglions iliaques (10 cas sur 40) qui peuvent suppurer (obs. 5) et des ganglions inguinaux du côté opposé.

Peut-on obtenir mieux que par le traitement chirurgical?

M. le professeur DELBET eut l'idée, en 1923, d'essayer *une thérapeutique vaccinale* dans cette affection, idée parfaitement logique, puisque la maladie semble bien de nature infectieuse, malgré notre ignorance de l'agent causal.

Les ganglions sont enlevés chirurgicalement, broyés et traités à la manière des moelles rabiques. On injecte ensuite aux malades leur propre pulpe ganglionnaire qui constitue un auto-vaccin à germe inconnu.

En 1923, le professeur DELBET eut l'occasion de soigner 3 malades par cette méthode ; en 1926, deux nouveaux cas se présentèrent dans son service. Il fit à ce propos deux communications à l'Académie de Médecine. Depuis lors, 6 malades furent traités dans le service, dont 5 par la même méthode. Les résultats furent excellents en tous points dans ces dix cas; nous en donnerons le détail plus loin.

Exposons d'abord la technique telle que l'a réglée le professeur DELBET :

La pulpe ganglionnaire n'est pas utilisable à l'état frais; elle serait difficile à broyer et à injecter, et, en raison des infections secondaires, les piqûres risqueraient d'être suivies d'abcès.

Il faut donc dessécher les ganglions, les broyer et tyndalliser l'émulsion de pulpe ganglionnaire.

Aussitôt après l'opération, on débarrasse les ganglions de la graisse et du tissu cellulaire qui les entourent, puis on les divise en petits fragments; on dispose ceux-ci sur une toile métallique dans un cristalliseur dont le fond est rempli de chlorure de calcium. Le récipient, bouché par un disque de verre, est mis à l'étuve à 37°.

Au bout de 2 jours (nous les avons exceptionnelle-

ment laissés. 3 ou 4 jours à cause de l'importance de la masse ganglionnaire) les fragments sont bien secs, ils ont pris la consistance de la corne. On broie alors ces fragments dans du sérum artificiel (une soixantaine de cc³ dans un verre à pied) avec un masticateur ; puis ces fragments déjà plus fins sont broyés trois fois dans le broyeur Latapie. On recueille dans un verre l'émulsion de pulpe ganglionnaire, de couleur brunâtre, assez épaisse, et dont les particules solides déposent au repos. On répartit l'émulsion en un certain nombre de tubes, et on les chauffe au bain-marie deux fois à 60°. Toutes ces manœuvres ont été faites aseptiquement. Pour plus de sûreté on ensemence la pulpe et on ne commence les injections que lorsqu'on s'est assuré que la culture est négative.

C'est en général le cinquième ou le sixième jour que la pulpe ganglionnaire est prête à être injectée. On tâte d'abord la susceptibilité des malades en commençant par de petites injections : un demi cc. Les injections sont faites dans le tissu cellulaire de la face externe de la cuisse et l'on doit se servir d'aiguilles de lumière suffisante. On répète les injections tous les trois jours environ, en laissant deux jours francs entre chaque piqûre, comme dans la vaccination avec le propidon. La température est constamment redescendue à 37° au bout de ce laps de temps. On augmente en même temps les doses que l'on porte à 6 et 8 cc. et que l'on répartit alors en deux piqûres.

Réactions vaccinales. — On observe les réactions produites et l'on prend la température et le pouls de deux heures en deux heures après l'injection. Les réactions se sont montrées très variables suivant les malades; elles ne semblent pas en rapport avec la quantité de pulpe injectée; les phénomènes de choc dépendent peut-être de la quantité plus ou moins grande du tissu cellulaire et de graisse broyée en même temps que les ganglions malgré les précautions prises pour les en débarrasser.

Le degré de dessiccation ne semble pas jouer de rôle dans les phénomènes de choc. Dans un cas où nous disposions d'une grosse masse ganglionnaire nous avons divisée celle-ci en deux parties, l'une qui fut mise à l'étuve deux jours seulement avant le broyage, l'autre y resta quatre jours, les réactions furent identiques après les mêmes doses de l'une et l'autre pulpes.

Les réactions locales ont été légères : (un peu de rougeur et d'induration passagère) souvent nulles. Chez les 3 premiers malades, une réaction focale a été observée : sensation de plénitude, de tension avec picotements au niveau de la plaie opératoire. Cela est dû sans doute à ce qu'il a été pratiqué chez eux des extirpations très partielles. Chez les derniers malades l'exérèse des ganglions inguinaux avait été complète; aucune réaction focale ne se produisit pourtant, ni au niveau des ganglions iliaques, ni au niveau de la ligne de suture.

Quant aux *réactions générales*, elles ont été très variables;

nous avons noté leur existence chez tous nos malades, sauf deux (obs. 4 et 9),

Elles ont souvent atteint $39^{\circ} 39',5$ $39^{\circ},8$ avec un pouls à 125, le maximum de la température étant atteint vers la sixième heure après l'injection, la chute à 37° se faisant le lendemain ou le surlendemain. Il nous a été impossible de les prévoir, une injection minime déclanchant une poussée thermique plus forte qu'une injection plus considérable. Ces réactions générales n'ont jamais été alarmantes et d'une façon générale ce sont les fortes réactions qui ont été suivies des améliorations les plus rapides.

Résultats de la vaccination. — Les résultats de ces injections de pulpe sont appréciables dès les premières piqûres. *L'évolution de la plaie opératoire* est modifiée d'une manière surprenante ; chez les 3 premiers malades, la plaie opératoire avait été laissée ouverte, or ces plaies à parois pathologiques ont évolué comme si elles étaient aseptiques et en tissu sain. La cicatrisation fut obtenue en 2 mois, un mois et demi, 2 mois. Jamais on n'aurait obtenu pareil résultat par l'opération seule. Chez les 7 malades suivants la plaie fut suturée, souvent complètement, parfois avec un petit drainage de 48 heures. Les préparatifs du vaccin demandent 5 à 6 jours, et quand on commence les injections, les fils ont presque toujours coupé, les bords de la plaie sont rouges et ne sont pas réunis, il s'écoule de la lymphe, du pus, du sang, il existe un décollement et la désunion de la plaie

vouée à une cicatrisation par deuxième intention est à peu près certaine. En quelques jours tout rentre dans l'ordre, l'écoulement séro-purulent se tarit et les lèvres de la plaie se recollent, se soudent comme par enchantement. Et même la réunion par première intention fut obtenue trois fois (obs. 4, 6, 8). Il se produit là un phénomène surprenant : toute la région inguinale se transforme et au bout de très peu de temps il ne reste plus qu'une cicatrice linéaire et souple. C'est ainsi que la cicatrisation fut obtenue en 28, 30, 21, 25, 15, 23, 28 jours après l'opération chez les malades.

Ce sont là des résultats brillants qui ne peuvent être dus qu'à la vaccination.

D'autres faits plus probants encore, témoignent de la valeur de la vaccination ; nous avons dit avoir observé d'une manière constante une adénite iliaque de la grosseur d'une noix à celle d'une orange parfois ramollie (obs. 10) parfois fistuleuse (obs. 5). Or on assiste après chaque injection à une régression de l'adénite : de jour en jour on sent fondre, disparaître, la masse ganglionnaire rétro-crurale. Dans l'obs. 5 l'adénite durcit d'abord et diminue rapidement de volume. La fistule iliaque de l'obs. 5, qui suppurait depuis un mois, se tarit en trois ou quatre jours. Dans toutes nos observations les ganglions iliaques avaient disparu ou étaient à peine perceptibles quand les malades quittaient le service. Des ganglions inguinaux et rétro-cruraux, du

côté non opéré ont été également influencés par la vaccination.

Nous n'avons observé qu'une seule complication opératoire : une phlébite profonde apparue douze jours après l'opération (obs. 5), marquée par un peu de douleur du mollet et de l'œdème du pied; elle céda à une vaccination au propidon, guérit rapidement puisque douze jours après le membre inférieur avait repris son aspect normal.

L'efficacité de cette auto-vaccination dans la poradénite n'est pas douteuse.

La pulpe ganglionnaire d'un malade agit-elle sur un autre malade ?

On était en droit de l'espérer; une telle vaccination fut tentée dans deux cas : le malade de l'obs. 8 reçut ainsi trois injections de pulpe provenant du malade de l'obs. 7 déjà guéri; il ne se produisit aucune amélioration et on fut obligé de l'opérer; on lui injecta ensuite sa propre pulpe. Il est remarquable que ce soit pourtant un des cas de guérison par première intention.

L'autre malade est la seule femme de cette série d'observations (obs. 11); opérée dans un dispensaire pour une adénite pré-pubienne, subaigue, le diagnostic ne fut porté qu'après l'opération, l'examen macroscopique étant typique et l'ensemencement ayant été négatif. L'adénite avait été enlevée en masse; la plaie suturée. La plaie se désunit complètement et suppura. Elle fut alors dirigée sur le service,

où on lui injecta la pulpe ganglionnaire du malade de l'obs. 10 restant en excédent, déjà guéri et sorti de l'hôpital.

La plaie atone, torpide, traitée d'autre part par des applications de rayons ultra-violets, guérit fort lentement et la malade quitta l'hôpital au bout de jours, non guérie.

On peut considérer comme nuls les résultats de l'hétérovaccin.

OBSERVATION I

H..., 63 ans, entre pour une tuméfaction de l'aîne gauche et œdème du membre inférieur gauche, apparus il y a un mois et demi. Il ressentit alors des douleurs inguinales, des élancements, dit-il.

Peu à peu, cette tumeur augmenta de grosseur pour avoir à son entrée le volume d'une petite orange. La douleur était continue et ne diminuait que dans le décubitus dorsal. L'œdème lui est apparu une quinzaine de jours après la tumeur et a rapidement envahi la jambe de bas en haut. La marche, d'abord très gênée, est devenue presque impossible.

Examen local. — Au pli de l'aîne gauche, il y a un gros ganglion entouré de plusieurs autres plus petits, tous douloureux à la palpation. La peau est légèrement rouge et chaude. Il y a dans la fosse iliaque une masse douloureuse

grosse comme un œuf. La jambe est très œdématiée; les veines superficielles sont dilatées. Aucune ulcération ni lésion des organes génitaux.

Examen général. — Signes de bronchite et d'emphyseme; légère matité des bases. L'inoculation au cobaye est négative.

Le diagnostic de paradénite porté, on opère le 12 novembre 1923; on fait une extirpation partielle pour obtenir de la pulpe ganglionnaire.

Le 16 novembre, quelques fils ont coupé, la plaie s'est désunie sur 4 cm. On fait alors une série de piqûres de vaccin préparé avec les ganglions; on injecte, le 19, 2 cm³; le 20, 6 cm³; le 23, 6 cm³; le 26, 6 cm³; le 29, 6 cm³; le 3 décembre, 6 cm³. Le malade ne réagit pas, la température se maintient aux environs de 37° à 37°8. La plaie se referme lentement.

On continue les injections et on fait le 8 décembre, 8 cc.; le 14, 6 cc.; le 19 8 cc.; le 25, 8 cc.; le 3 janvier, 6 cc. (le malade a de la fièvre : 39°5); le 8, 10 cc. Neuf jours après la dernière injection, la plaie est complètement cicatrisée et le malade quitte le service tout à fait guéri.

OBSERVATION 2

L..., manœuvre, 38 ans, entre le 23 novembre 1923 pour adénite inguinale droite fistulisée. Un mois avant est apparue une petite tumeur grosse comme un haricot,

qui a augmenté progressivement de volume; il y a huit jours, la peau est devenue rouge, puis violacée et la tuméfaction s'est ramollie puis fistulisée. Indolore au début, la tumeur est maintenant douloureuse. Le malade n'aurait pas eu de fièvre.

A l'examen, une tumeur allongée de 6 centimètres occupe le pli inguinal droit. Son centre suppure légèrement par une fistule oblique. La tumeur rosée devient violacée au bord de la fistule. Pas d'élévation de température locale. Douloureuse, la tumeur a une consistance dure et paraît s'étendre profondément dans les tissus sous-jacents.

Le diagnostic de poradémite porté, on opère le 3 décembre 1923. L'extirpation est partielle; morcellement des ganglions inguinaux droits pour vaccin. 2 jours après, poussée thermique à 39°1, qui s'amende en lysis.

6 jours après, piqûre de 2 cc. de pulpe ganglionnaire. Aucune réaction. Puis on fait respectivement, le 14 décembre, 6 cc.; le 19, 8 cc.; le 25, 8 cc. Grosse réaction à 39°5, qui s'amende en trois jours. Les piqûres semblent très efficaces: la plaie se cicatrise presque complètement et les ganglions laissés en place fondent. Le 3 janvier, on fait 6 cc. de pulpe et le 8, 10 cc. Pas de réaction, ni locale, ni générale. Il sort le 30 janvier, bien cicatrisé.

OBSERVATION 3

S..., emballleur, 46 ans, entre le 19 décembre 1923 pour deux grosseurs symétriques des plis inguinaux.

Il y a trois semaines est apparue à droite une tuméfaction presque indolore qui a grossi progressivement ; huit jours plus tard, apparition à gauche d'une tuméfaction semblable à la première. Enfin, depuis une dizaine de jours, l'affection est douloureuse.

A l'examen, on voit deux tumeurs inguinales symétriques, douloureuses, mal limitées, situées au-dessus du pli de l'aîne.

A gauche, la tuméfaction est volumineuse, du volume d'un œuf; elle est étalée, arrondie, de consistance élastique, avec des points mous rouges douloureux non fluctuants.

A droite, la sensibilité est moins accusée ; masse du volume d'un œuf de pigeon, peau normale.

On opère le 4 janvier 1924. On prélève les ganglions pour vaccin et on commence les injections de pulpe dix-sept jours après l'opération. Les plaies ont à ce moment :

A droite, une longueur de 5 cm $\frac{1}{2}$, une largeur de 2 cm.

A gauche, une longueur de 9 cm, une largeur de 3 cm.

On injecte ce jour 2 cc.

Le dix-neuvième jour, on injecte 6 cc.

Le vingt et unième jour, on injecte 8 cc.

Le vingt-quatrième jour, on injecte 10 cc.

Le 2 février, la plaie n'a plus que :

A droite : longueur 4 cm, largeur 1 cm $\frac{1}{2}$.

A gauche : longueur 7 cm, largeur 2 cm.

Le malade sort le 8 mars 1924. La plaie est complètement cicatrisée. Il a été revu, le 12 octobre, en parfait état.

OBSERVATION 4

Marc G..., boulanger, 19 ans, entre le 6 décembre 1926 pour adénite inguinale droite. Le début remonte à un mois et demi, 5 ou 6 jours après un coït suspect. Le malade a constaté l'apparition d'une tuméfaction douloureuse du pli de l'aîne droit; bien que le malade n'ait remarqué aucune ulcération ou érosion de la verge, il avait fait de lui-même le rapprochement de cause à effet entre l'apparition de l'adénopathie et ce coït suspect.

Ce furent au début plusieurs ganglions durs légèrement douloureux, spontanément et à la pression; ces ganglions ont augmenté de volume, ont conflué rapidement en un paquet multilobé de la grosseur d'un œuf de poule. Cette adénite fut douloureuse pendant une quinzaine de jours, gênant la marche. Devenue peu à peu indolore, elle n'a presque plus augmenté de volume, mais la peau est rouge depuis quelques jours. Le malade dit n'avoir jamais eu de fièvre, mais ne l'a pas contrôlé.

Examen. — On trouve une tumeur arrondie bombant à la partie supéro-interne du triangle de Scarpa, en dedans de l'artère fémorale, avec une coloration violacée de la peau amincie en son point culminant. La peau est adhérente à ce niveau à la tumeur. Il y a là une fluctuation très limitée. La tumeur, de la taille d'un gros œuf, est lobulée, formée de plusieurs ganglions de consistance ferme, rénitente, sauf

au niveau du ganglion le plus superficiel, qui est fluctuant et adhère à la peau.

La palpation est à peine douloureuse. On mobilise avec difficulté cette tumeur sur les plans profonds.

Il existe en dehors et au-dessous de la masse principale un petit ganglion. La palpation de la fosse iliaque, au-dessus de l'arcade crurale, révèle l'existence d'une adénite iliaque rétro-crurale, de la même grosseur que la masse inguinale.

Pas de ganglions perceptibles du côté opposé, ni aux aisselles, ni au cou.

On ne note aucune excoriation, aucune cicatrice sur la verge, pas d'écoulement. Aucune atteinte de l'état général.

Le malade ne présente aucun antécédent suspect de tuberculose.

La température est subnormale, atteignant le soir $37^{\circ},8$, $37^{\circ},7$, $37^{\circ},6$, les quatre premiers jours après son entrée pour ne plus dépasser $37^{\circ},4$ ensuite.

En présence de cette adénopathie à évolution subaiguë presque chronique chez un jeune homme indemne de toute manifestation tuberculeuse, adénite d'un groupe ganglionnaire recevant ses afférents de la zone génitale, apparue après un coït douteux, à cause de l'évolution spéciale, de la confluence de plusieurs ganglions qui bien qu'agglomérés en paquet évoluent vers le ramollissement et la fistulation chacun pour leur compte, on porte le diagnostic de poradénite et on se propose de pratiquer l'exérèse des gan-

glions inguinaux, de respecter les ganglions iliaques et d'agir sur ces derniers par un vaccin préparé avec la pulpe des ganglions enlevés.

Intervention le 13 décembre 1926 :

Incision inguinale parallèle à l'arcade crurale enlevant un fragment de peau adhérent au paquet ganglionnaire. Une goutte de pus s'écoule à ce moment. Ablation en masse de ce paquet mutiganglionnaire situé en dedans et sur les vaisseaux adhérent à la veine. On enlève un petit ganglion isolé situé en dehors et au-dessous de la masse principale. Suture des téguments au fil d'argent.

Les suites opératoires sont apyrétiques sans suppuration; les fils enlevés le dixième jour.

Le paquet ganglionnaire est traité de façon à obtenir un auto-vaccin à germe inconnu. On répartit dans cinq tubes de doses croissantes.

Le 20 décembre, injection sous-cutanée à la cuisse de 1 cc. $\frac{1}{2}$ de l'auto-vaccin. On renouvelle les injections de deux jours en deux jours : le 22, 3 cc.; le 24, 5 cc.; le 26, 8 cc.; le 28, 12 cc.

On ne note, après ces injections, aucune réaction locale, ni générale; la température et le pouls ont été pris toutes les deux heures après la piqûre.

Le malade sort le 31 décembre, soit dix-huit jours après l'intervention, bien cicatrisé.

Il est revu bien portant le 5 janvier 1927, soit 23 jours après l'opération; les ganglions iliaques ont complètement

fondus, ce qui semble bien prouver l'efficacité de la vaccination.

Revu le 1^{er} mars bien portant.

OBSERVATION 5

S..., 8 ans, garde-chasse, entre le 17 janvier 1927, pour adénopathie suppurée des deux aines.

Après six ans de campagne, comme légionnaire (le malade est Tchèque), il s'embarqua le 26 août 1926 pour Marseille. A bord il fut pris d'un violent accès fébrile et, le lendemain, le médecin constata une adénite inguinale gauche dure, à peine sensible, grosse comme un œuf de pigeon. Elle grossit rapidement, se ramollit sans produire de douleurs et, le quatrième jour, à l'arrivée à Marseille, la peau était déjà violette.

Une masse semblable apparut à la région inguinale droite, deux jours après la masse gauche; son évolution identique fut également indolore.

Ces deux tuméfactions augmentèrent de volume pour atteindre, neuf jours après le début, le volume du poing à gauche, d'un petit œuf de poule à droite. Incision le 4 septembre à l'hôpital Conception, à Marseille, d'une collection située au-dessous de l'arcade crurale gauche, au niveau de son tiers interne, donnant issue à du pus mêlé de sang.

Incision d'un abcès semblable à droite le 8 septembre.

Pendant quatre mois, on fit des pansements avec lavages à l'éther et des rayons ultra-violets. Aucune amélioration.

La suppuration continua au niveau des deux plaies restées fistuleuses.

Une nouvelle collection se produisit à gauche, un peu en dehors de la première et fut ouverte à son tour.

Un peu plus tard, un abcès rétro-crural fut incisé.

Le malade, à cette époque (fin décembre), est amené à Paris et entre le 17 janvier dans le service.

Examen. — A la partie supéro-interne du triangle de Scarpa, en dedans de l'artère fémorale, deux paquets ganglionnaires inguinaux, de la dimension de deux gros œufs. Les masses multilobées sont formées de ganglions, les uns fermes, les autres ramollis. La peau est adhérente et on ne peut que très peu mobiliser ces deux masses sur les plans profonds. Il y a quatre incisions, une à droite, trois à gauche; elles sont sèches, sauf la cicatrice iliaque gauche d'où s'écoule du pus par une petite fistule quand on presse sur la fosse iliaque.

Enfin, il y a un ganglion rétro-crural droit, gros comme un œuf, ferme, douloureux à la pression.

L'aspect des lésions, leur évolution subaiguë et traînante font penser à la paratuberculose. Le malade, solide gaillard, n'a aucun antécédent tuberculeux et ses poumons sont parfaitement sains. Le malade nie d'ailleurs tout coït suspect avant le développement de l'adénopathie et n'a remarqué aucune ulcération sur la verge.

Le 31 janvier 1927, le malade est opéré par M. OBERTHUR, chef de clinique. Incision parallèle à l'arcade crurale; on

enlève les deux masses ganglionnaires, très adhérentes de chaque côté à la veine fémorale; il s'écoule un peu de pus prélevé à la pipette. Hémostase. Suture de la peau.

Le pus prélevé fut trouvé stérile.

On se propose d'agir sur l'adénite rétro-crurale droite, et la fistule iliaque gauche qui ont été respectées, par l'injection au malade de sa propre pulpe ganglionnaire.

Les ganglions dégraissés (72 gr.) et divisés en petits fragments sont déposés dans un cristalliseur au-dessus de chlorure de calcium, et mis à l'étuve à 37° pendant 48 heures.

La moitié de la pulpe ganglionnaire desséchée est broyée au broyeur Latapie dans du sérum physiologique. On recueille le filtrat assez épais, et on le chauffe 2 fois à 60°. L'ensemencement fut négatif. Le volume des ganglions n'ayant pas permis la dessiccation complète, la moitié restante fut remise à l'étuve 48 heures et desséchée complètement. On prépara avec elle une émulsion plus claire.

Ces préparations demandèrent un certain temps et ce n'est que 9 jours après l'opération que l'on fit la première injection.

Les deux plaies inguinales s'étaient désunies, en grande partie, les fils avaient coupé les téguments et la suppuration était abondante, avec un décollement nécessitant des pansements quotidiens.

L'adénite crurale droite était devenue très douloureuse.

Les injections de pulpe furent alternées de manière à observer les réactions produites par chaque émulsion. On

pouvait craindre les réactions violentes, après les injections de pulpe mal desséchée. Il n'en fut rien.

On fit les injections suivantes, le 9 février : 1 cc. d'émulsion n° 2; le 10, 1 cc. du n° 1; le 12, 2 cc. du n° 2; le 14, 5 cc. du n° 1; le 16, 5 cc. du n° 2; le 19, 5 cc. du n° 1; le 23, 7 cc. du n° 2; le 26, 7 cc. du n° 1, le 1^{er} mars, 9 cc. du n° 2; le 4, 9 cc. du n° 1.

Les réactions locales furent nulles; les réactions générales à peine marquées; les réactions les plus vives furent obtenues après la quatrième et la cinquième piqûres, les températures étant montées à 38°6 et 38°8, entre 6 et 8 heures après l'injection.

Dès les premières injections de pulpe, une amélioration rapide et étonnante se produisit. La suppuration diminua, la fistule iliaque gauche ne donna plus rien, l'adénite rétro-crurale droite rétrocéda en devenant très dure; mais surtout les lèvres de la plaie se rapprochèrent et le décollement disparut.

Le 25 février, les plaies sont refermées, ne laissant plus sourdre qu'un peu de sérosité en un point ou deux.

Il se produisit une phlébite profonde de la jambe gauche, douleur dans le mollet (apparue le 12 février, œdème les jours suivants), mais qui céda rapidement avec trois injections de Propidon. Le membre inférieur gauche avait repris son aspect normal le 24 février.

Le 2 mars, les pansements sont supprimés.

Le 12, le malade quitte le service, bien cicatrisé, avec un ganglion rétro-crural gros comme une noix et indolore.

Revu en juin 1928 : est resté bien guéri. A présenté plusieurs ulcérations de la jambe, avec œdème, qui ont diminué avec l'apparition d'une circulation veineuse collatérale; il persiste un léger œdème, qui n'empêche pas le malade de se chausser, ni de faire son service de valet de chambre.

OBSERVATION 6

M..., imprimeur, 27 ans, entre le 6 mai 1927.

Au début de février 1927 apparut à droite une petite tumeur indolore; 15 jours plus tard, à gauche, nouvelle tumeur identique à la première. Les tuméfactions ont augmenté depuis, malgré les compresses chaudes. Ne souffrant pas, le malade continue son travail. A Broca, le 21 avril, le Wassermann fut négatif; le malade n'aurait pas eu de chancre, mais plusieurs blennorrhagies, la dernière en 1924. Il dit n'avoir eu aucune érosion génitale les jours qui ont précédé l'adénopathie.

Examen. — Le malade est apyrétique et l'aurait toujours été. De chaque côté du pubis est une masse centrale molle et fluctuante, entourée de petits ganglions, plus volumineux à gauche, plus nombreux à droite. De plus, de ce côté, est un ganglion rétro-crural, gros comme une noisette et indolore, entouré de plus petits.

Aucun antécédent, ni signe de bacillose.

On porte le diagnostic de poradénite et on opère le 9 mai.

Ablation des ganglions bilatéraux de l'aîne, ramollis en partie. Suture avec drainage.

Les 30 grammes de pulpe fraîche, desséchée 48 heures, sont broyés dans du sérum et répartis en cinq tubes contenant des doses croissantes.

On chauffe deux fois à 60°. Culture négative.

Le septième jour après l'opération, on commence les injections de pulpe. On fait un demi cc. Les fils ont coupé en partie, mais la plaie ne s'est pas désunie. Elle suinte un peu par l'orifice du drain. Il y a toute une réaction inflammatoire, la peau est épaissie et rouge, on sent un blindage profond. Le ganglion rétro-crural droit est gros comme un œuf de poule, douloureux et entouré de périadénite.

Le neuvième jour, on injecte 2 cc. $\frac{1}{2}$; le onzième jour, 3 cc. Aucune réaction pour les 3 premières piqûres. Les fils sont enlevés le dixième jour; réunion par première intention. La quatrième piqûre de 4 cc. $\frac{1}{2}$ donne une ascension thermique à 38°9 et un pouls à 125. Le lendemain, 24 mai, la température retombe à 37°3. Le ganglion rétro-crural a fondu d'une manière impressionnante et est gros comme une bille. Indolent, il roule sous le doigt. La région opérée redevient souple. Peu de réaction locale au niveau de la piqûre.

Le 27 mai, cinquième piqûre de 5 cc. Réaction à 39°9, pouls à 130. Réaction locale au niveau de la piqûre.

Le malade nous quitte le 30 mai parfaitement guéri.

OBSERVATION 7

Z..., manœuvre, 21 ans, entre le 27 mai 1927 pour adénite inguinale gauche. Il avait remarqué, un mois et demi auparavant, un ganglion unique à l'aîne gauche, qui, en 8 jours, atteignit le volume d'une noix. A Saint-Louis, le Wassermann fut négatif. Le malade dit n'avoir eu ni chancre, ni ulcération sur la verge, ni blennhoragie. Cependant, on lui fit trois piqûres de Quinby, mais le malade cessa son traitement. Le ganglion avait continué à grossir. Le malade consulte à Broca, d'où il est dirigé sur le service.

Examen. — La peau, d'aspect normal, glisse parfaitement sur la masse ganglionnaire qui siège à la partie interne du triangle de Scarpa, allongée parallèlement à l'arcade crurale; c'est une masse lobulée, dure dans l'ensemble, avec des points rénitents, adhérent aux plans profonds, sensible à la palpation. Dans la fosse iliaque, il y a un ganglion allongé parallèlement à l'arcade et de l'épaisseur du médius.

Du côté droit, on sent des ganglions dans le triangle de Scarpa, multiples et élastiques, gros comme des haricots, et quelques petits ganglions rétro-cruraux.

Aucun antécédent, ni signe de bacillose.

On porte le diagnostic de poradénite et on opère le 30 mai.

Ablation du paquet ganglionnaire inguinal gauche.

Suture complète des téguments. On laisse les ganglions rétro-cruraux et ne touche pas au côté droit.

La pulpe (26 gr.) est mise deux jours à l'étuve à 37°, broyée trois fois dans 50 cc. de sérum, répartie en six tubes. Chauffage deux fois à 60°. Culture négative.

Le 4 juin, on fait sauter un fil et évacue une quantité importante de lymphes et de sang. Le 7 juin, on fait 1 cc. de pulpe. Au moyen d'une pince, on évacue de nouveau de la lymphe mélangée à du sang; les deux lèvres de la suture ne sont pas soudées et sont rouges. Les ganglions rétro-cruraux et les ganglions droits existent toujours et sont douloureux.

Le 9 juin, 1 cc. de pulpe. Le lendemain, grosse réaction locale, placard rouge et induré, douloureux. Température à 38°9.

Le 12 juin, piqûre de 2 cc. 5. Les ganglions ont considérablement diminué. Ils sont gros comme une bille. A droite, ils ont disparu.

Le 14 juin, 4 cc. 5 de pulpe, les lèvres de la plaie ne sont plus rougeâtres; presque accolées, elles laissent sourdre un peu de sérosité sanguinolente.

On fait ensuite, le 17, 5 cc.; le 20, 5 cc.; le 24, 2 cc. (l'aiguille s'est bouchée); le 25, réaction à 38°8. La plaie est cicatrisée.

Le 29 juin, le malade sort bien cicatrisé, le ganglion rétro-cural, à peine perceptible, est indolore.

OBSERVATION 8

M..., livreur, entre le 31 mai 1927 pour adénite crurale gauche. Il y a deux mois, à la suite d'une syncope dans le métro, il ressentit une douleur inguinale gauche et y constata une tuméfaction de la grosseur d'une noix dont il ne s'était pas aperçu jusque-là.

Il avait remarqué, quinze jours avant, au niveau du sillon balano-préputial, une petite ulcération linéaire et indolore.

Syphilitique avéré (chancre en 1923, traité par trois séries de novarsénobenzol). Il avait alors consulté à Broca et la recherche à l'ultra-microscope du trépomène avait été négative. On entreprend pourtant un traitement : 2 injections de novar, puis une de quinby. L'ulcération disparaît, mais la tuméfaction grossit et devient comme une grosse noix, douloureuse ; elle interdit la marche. On cesse le traitement vu l'intolérance du malade. La masse inguinale n'augmente pas, mais une ulcération apparaît à l'endroit de la première. Par des lavages au savon et du talc, l'ulcération diminue peu à peu et disparaît le 29 mai, mais, le 28, une autre apparaît à côté. Depuis le 17 mai, la masse a augmenté et, à l'entrée de M..., elle est grosse comme un œuf de pigeon, sensible, lobulée, de consistance variable, élastique dans l'ensemble, avec des points fluctuants. Gros ganglion rétro-crural.

La peau, normale, n'adhère pas au paquet ganglion-

naire sous-jacent. Au niveau du sillon balano-préputial, cicatrice d'un chancre et ulcération de la grosseur d'un pois légèrement surélevée, indolore, blanchâtre, avec trois points rouges.

A la palpation de la fosse iliaque droite et le long de l'arcade crurale, on trouve de petits ganglions très durs, légèrement sensibles.

Diagnostic : poradénite.

On fait une piqûre sous-cutanée de 1 cc. de pulpe ganglionnaire provenant du malade M..., de l'obs. 7, traité et guéri peu de temps avant dans le service. On fait en tout six piqûres de cette pulpe étrangère à doses progressives.

2 juin. A la suite de cette piqûre, réaction assez marquée à 39°9 et douleur à l'endroit de la piqûre.

4 juin, piqûre de 2 cc., température à 38°.

7 juin, piqûre de $\frac{1}{2}$ cc. (seringue cassée), température à 39°7; d'autres ulcérations sont apparues au niveau du gland, les ganglions du triangle de Scarpa sont restés stationnaires. Le ganglion rétro-crural est plus gros et très dur. En somme, échec de cette tentative d'hétéro-vaccination.

On opère le 13 juin :

Ablation des ganglions inguinaux, sauf le ganglion rétro-crural volumineux. Les ganglions contiennent de nombreux petits abcès; le pus est stérile. La pulpe (22 gr.) est mise 3 jours à l'étuve, puis broyée 3 fois dans 60 cc. de sérum. On la répartit en cinq tubes que l'on chauffe deux fois à 60°. Culture négative.

A l'ablation des drains, les lèvres de la plaie sont accolées sans rougeur. On fait, le 18 juin, 1 cc. de pulpe; le 20, 3 cc. L'adénite rétro-crurale a nettement diminué, l'ulcération est stationnaire.

Le 23 juin, au dixième jour, ablation des fils; réunion par première intention.

On fait 4 cc. de pulpe.

Le 25, plus d'ulcération.

Le 26, 5 cc. de pulpe.

Le 28, la plaie est bien cicatrisée, les ganglions iliaques ont disparu. L'ulcération apparaît et disparaît sans cause connue.

Le malade sort le 8 juillet parfaitement guéri.

Revu le 1^{er} juin 1928 : est resté bien cicatrisé et guéri, on ne sent aucune adénopathie, cicatrice souple. Mais M... a présenté, depuis sa sortie de l'hôpital, de nouvelles ulcérations du gland, et la recherche du tréponème, faite à Saint-Louis, aurait été positive; depuis une série de novarsénobenzol, ces ulcérations ne sont pas reparues.

Il s'agissait certainement de shyphilides coexistant avec une poradénite; syphilis et poradénite ont évolué chacune pour leur compte.

OBSERVATION 9

Cottin, musicien, 29 ans, il y a un mois, au cours d'une grippe avec bronchite, s'aperçoit de la présence, dans la

région inguinale droite, d'une petite masse peu douloureuse. Hospitalisé treize jours à Bichat, où l'on retire un pus blanchâtre, très épais, amicrobien de l'adénite ponctionnée.

Examen. — Tuméfaction un peu plus grosse qu'une noix à la partie interne de l'arcade crurale, à 2 cm. en dehors de l'épine pubienne, en dedans des vaisseaux, de forme multilobée due à l'agglomération de plusieurs ganglions, de consistance rénitente presque dure, à peine sensible à la pression, adhérente en son centre à la peau qui est le siège d'une fistulette laissant sourdre un peu de pus, adénite rétro-crurale ramollie, du volume d'une petite orange ; à droite plusieurs ganglions de la taille d'un haricot, durs, mobiles, indolores.

Température subfébrile entre 37° et 38°; le malade a quelques signes pulmonaires; un examen pratiqué dans le service du docteur Pissavy (avec contrôle radiologique et analyse des crachats) permet de rejeter toute idée de tuberculose. Diagnostic : poradénite.

Opération le 31 octobre 1927. Suture de la peau avec drainage.

On met la pulpe ganglionnaire (27 gr.) quatre jours à l'étuve à 37° et on procède suivant la technique habituelle.

Le lendemain de l'intervention, poussée de température qui s'amende en 2 jours. On enlève les drains le cinquième jour; par l'orifice du drainage il s'écoule un peu de pus jaune clair et l'on constate un vaste décollement. La suture menace de lâcher entièrement; la plaie est désu-

nie; lymphorrhée abondante. On commence les injections et l'on fait le 8 novembre, $\frac{1}{2}$ cc.; le 10, 1 cc.; le 12, 1 cc. $\frac{1}{2}$; le 14, 3 cc.; le 18, 4 cc.; le 22, 5 cc. Après les deuxième et troisième piqûres on assiste à une transformation de la plaie, dont les deux lèvres se recollent; la cicatrisation est rapide et le 23 novembre, soit vingt-trois jours après l'opération et 15 jours après la vaccination, le malade quitte le service bien cicatrisé, sauf au niveau du drain où il reste un petit point à épidermiser. L'adénite iliaque a presque entièrement disparu, la région inguinale est encore un peu cartonnée, il existe encore du côté droit quelques ganglions petits. Revu en juin 1928 : la guérison s'est complétée rapidement après sa sortie de l'hôpital et s'est maintenue.

OBSERVATION 10

L..., manœuvre, 45 ans, entre le 6 décembre 1927 pour adénite de l'aîne gauche qui a débuté fin septembre dernier. Cette tuméfaction grossit peu à peu ; trois semaines plus tard seulement la douleur apparut, gênant la marche.

Fin novembre la peau rougit et à son entrée on trouve dans le cadran supéro-interne du triangle de Scarpa une masse ganglionnaire formant relief sous la peau qui est rouge et adhérente. La tuméfaction a 6 à 7 cm. de long sur 3 à 4 cm. de large, et est mobile sur les plans profonds. Elle est lobulée, sa consistance est variable, élastique et rénitente sur les bords; ramollie et fluctuante au centre, où 2 petites

collections sont prêtes à s'ouvrir. La palpation est sensible, pas vraiment douloureuse. Dans la fosse iliaque on sent seulement un ganglion rétro-crural dur sans périadénite.

On ne trouve rien à l'examen génital.

On pose le diagnostic de poradénite après n'avoir constaté aucun signe pulmonaire ou radiologique de bacillose (légère diminution de transparence du sommet droit et pas de bacilles de Koch dans les crachats).

On opère le 21 décembre 1927.

On enlève une masse lobulée avec 2 abcès, de nombreux ganglions avec une goutte de pus dans chacun d'eux. Ligature de la saphène. Suture complète.

Les 25 gr. de pulpe sont mis 3 jours à l'étuve, puis broyés 3 fois dans 60 cc. de sérum. Chauffage deux fois à 60°. Culture négative.

6 jours après l'opération, un peu de lymphé coule; la désunion est certaine. On fait l'injection de $\frac{1}{2}$ cm. de pulpe.

Le lendemain la plaie suppure, les fils ont coupé.

Le neuvième jour on injecte 4 cc. Température à 38°.

Le onzième jour, après l'ablation des fils, la plaie est désunie, longue de 5 cm., large de 2 cm., nécessitant des pansements tous les deux jours.

Cependant le treizième jour, après 5 cc. de pulpe et sans réaction appréciable (37°5), la plaie commence à se res-souder.

Le seizième jour, 6 cc. Température à 38°4. Le ganglion rétro-crural fond. Pansement tous les trois jours.

Le vingt-huitième jour après l'opération, le malade quitte le service presque cicatrisé; il reste 2 cm. à épidermiser.

Le ganglion rétro-crural n'est plus perceptible : le malade indocile n'a cessé de marcher pendant toute son hospitalisation, ce qui a sans doute empêché la cicatrisation d'être plus rapide encore.

CONCLUSION

La poradénite ou lymphogranulomatose inguinale subaiguë, identifiée pour la première fois par NICOLAS et FAVRE, en 1913, est une affection très spéciale.

Elle frappe les adultes jeunes, plus souvent les hommes; elle semble bien être d'origine vénérienne, en rapport avec des lésions génitales très éphémères.

Elle est aisément reconnaissable en clinique, et elle se différencie facilement des autres adénopathies.

Son allure subaiguë, son siège pré-pubien, son évolution caractéristique vers la suppuration et la fistulisation, chaque ganglion suppurant pour son propre compte, la lenteur extrême de la guérison, les caractères du pus : visqueux, glutineux et amicrobien, la feront aisément reconnaître.

Son traitement est réputé difficile.

Tous les traitements médicaux, physiothérapiques, radiothérapiques, se sont montrés peu efficaces, leurs résultats sont inconstants.

Le traitement chirurgical donne certainement de meilleurs résultats.

Mais la méthode du professeur DELBET : *Association*, à l'acte chirurgical, d'une *thérapeutique vaccinale particulière* (injection d'un auto-vaccin préparé avec la pulpe ganglionnaire du malade lui-même) constitue un progrès incontestable, en assurant aux malades une guérison certaine, complète et définitive.

Vu : le Président de la thèse,
PIERRE DELBET.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

CHASSAIGNAC. — Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical.

VELPEAU. — Art. adénites, dictionnaire de Dechambres.

NÉLATON. — *Semaine médicale* 1890, p. 402.

LEJARS. — Le bubon strumeux de l'aîne. *Presse médicale* 1894.

L'HARDY. — Thèse Paris 1894-95.

BRAULT. — Bubons froids d'origine banale. *Lyon Médical* 1895.
Semaine médicale 1896.

MARION et GANDY. — L'adénite subaiguë de l'aîne à foyers purulents intraganglionnaires prétendue simple. (*Arch. gén^{le} de méd.* 1901).

DURAND, NICOLAS et FAVRE. — Lympho granulonadose inguinale subaiguë. *Lyon chirurgical*.

GATÉ. — Thèse de Lyon 1913.

NICOLAS, DURAND et FAVRE. — Inter. Cong. Méd. 1913. Londres 1914.

DURAND, NICOLAS, FAVRE et GATÉ. — *Lyon médical* 1914. Société médicale de Lyon, 10 mars 1914.

RAVAUD et SCHEIKREVITCH. — Société méd. hôp. Paris, 4 mars 1921.

FAVRE M. — — — — 18 mars 1921.

RAVAUD. — — — — 10 juin 1921.

NICOLAS et FAVRE. — C. R. Société de Biologie, 4 juillet 1921.

BORY. — La Médecine. Nov. 1921. Société Dermad. 10 nov. 1921.

RAVAUD et RABEAU. — An. Dermad. et Syph. 1922.

DUFOUR et FERRIÉ. — Soc. méd. des hôp., 10 mars 1922.

PHYLACTOS. — Thèse de Lyon 1922.

RAVAUD, BOULIN, RABEAU. — *Presse médicale* 1922, n° 42, p. 453.

NICOLAS et FAVRE. — *Journal de Médecine de Lyon* 1922, p. 281.

Impr. " Les Presses Modernes ", 45, rue de Maubeuge, Paris
(Ateliers à Troyes).
